

長与町認知症高齢者等おかれりサポート事業登録（新規・変更）申請書

令和 年 月 日

長与町長 様

長与町認知症高齢者等おかれりサポート事業実施要綱第6条の規定により申請します。

申請者(介護者等)住所 : _____

氏名 : _____

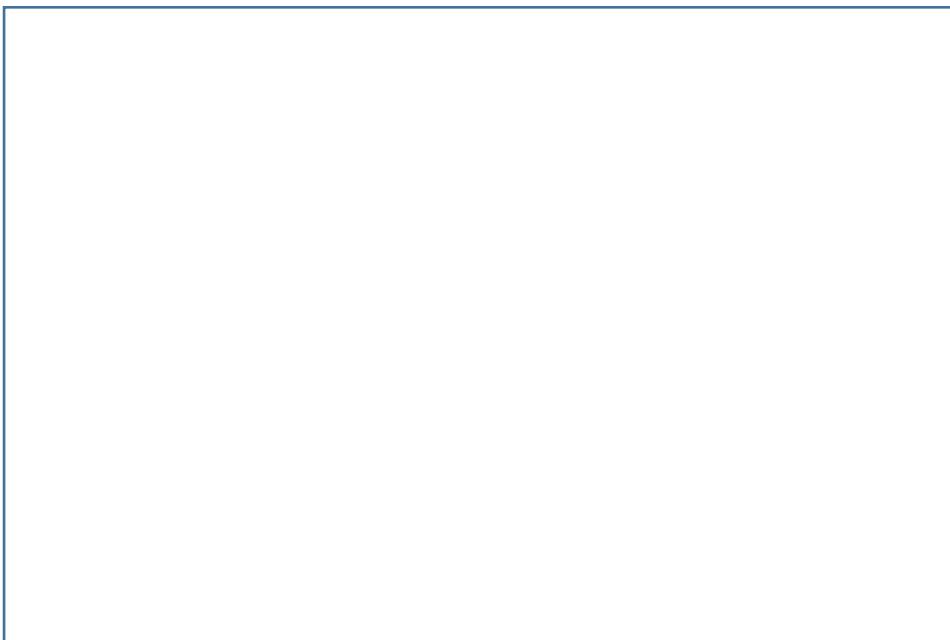
利用者との続柄 : _____

電話番号 : _____

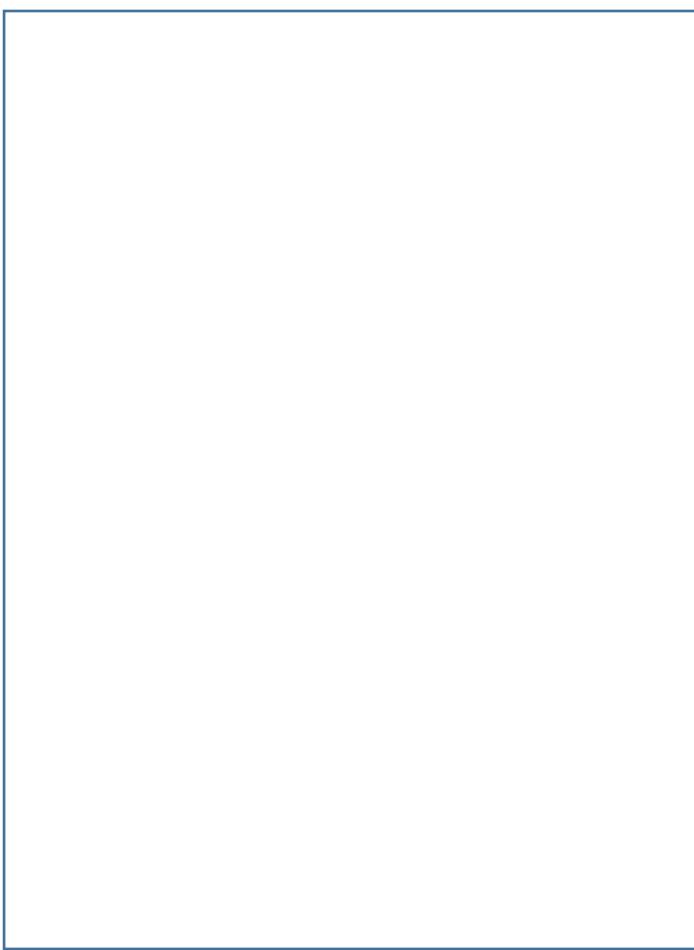
フリガナ		性別	男 · 女	家族構成	・独居
利用者 氏名					・高齢者のみ世帯
住 所		電話番号			
生年月日	年 月 日	年 齡		歳（申請日現在）	
身体等 の特徴	身 長	c m		体 重	k g
	体 格	太り気味 · 普通 · 痩せ気味 · 腰が曲がっている · その他 ()			
	頭 髪	色：(黒髪・白髪まじり・白髪) 長さ：(短髪・長髪・坊主) · その他 ()			
	顔 の 特 徴	メガネ (有・無) · ひげ (有・無) · その他 ()			
	身体の特徴				
	移動方法	独歩 (安定・不安定) · 杖歩行 · 押し車 · 車椅子 · その他 ()			
	外出方法	徒歩 · タクシー · バス · 列車 · 自転車 · 自動車 · セニアカー · その他 ()			
	外出範囲	自宅周辺 · 町内 · 町外 () · その他 ()			
認 知 機 能 等	氏 名	・言える · 旧姓を言える (旧姓： · 言えない · その他 ()			
	住 所	・言える · 実家を言える (市 町 番地) · 言えない · その他 ()			
	生年月日	・言える · 言えない · その他 ()			
	徘徊歴	・無 · 有 (過去の発見場所：)			
	行きそうな所	(散歩コースや住所以外の住んだことが有る場所、なじみの場所等)			
医療 介護	かかりつけ医	病院名： 主治医名 : 電話番号 :			
	ケアマネジャー	事業所名 : 担当ケアマネ名 : 電話番号 :			
緊急 連絡先	第 1 連絡先	フリガナ	利用者との続柄		
		氏 名	電 話 番 号		自宅
		住 所			携帯
	第 2 連絡先	フリガナ	利用者との続柄		
		氏 名	電 話 番 号		自宅
住 所	携帯				

撮影日	年 月 日
-----	-------

【正面 顔】



【正面 全身】



＜長与町処理欄＞

個別番号

時津警察署 年 月 日

地域包括支援センター 年 月 日